

PENGETAHUAN DAN SIKAP PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP KONSEP *MANAGED CARE* DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PROVIDER'S KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD MANAGED CARE CONCEPT IN YOGYAKARTA PROVINCE

Fathmawati¹, Ali Ghufroon Mukti², Julita Hendrartini²

¹ Jurusan Kesehatan Lingkungan, Politeknik Kesehatan Pontianak

² Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/
JPKM FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The Government of Yogyakarta Province will implement a social health security program, which is based on managed care in 2003. The managed care concept, which is implemented by *PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia*, had not been worked well yet. It is indicated by provider's behavior that does not support this program. Possibly, it is caused by lack of understanding about this program. This study was aimed to find out provider's knowledge and attitude toward this concept.

Method: This was a descriptive analytic study using a cross sectional design, with 150 providers who work at private practices (family physicians) and community health centers (leaders of community health centers, general physicians, dentists, midwives, and nurses) as the subject. Data were collected using questionnaire and in-depth interview.

Results: About 75% of respondents had a good comprehension about managed care concept. Only 21,5% knew that they would get a financial risk in capitation payment. About 45% said that capitation for the next month will be reduced, if provider cannot manage the care. A sizeable majority (78,5%) endorsed managed care concept. It is indicated by the number of respondent who supported comprehensive care (58,4%), rational drug used (61,7%), utilization review (67,8%), and complaint handling (68,5%). However, provider wants to be involved in making decision that related to the implementation of managed care. Chi square test showed a significant relationship between the knowledge of managed care with type of provider, profession, and level of education. It also showed correlation between the attitude toward managed care with social health insurance training.

Conclusion: Majority of provider endorsed the implementation of managed care concept, in spite of many providers did not know about this concept. It is necessary to give additional information about cost containment in managed care, and provider should be involved in making decision that related to the implementation of managed care.

Keywords: managed care, provider's knowledge, provider's attitude

PENGANTAR

Salah satu strategi Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dalam mencapai Yogyakarta Sehat 2005 adalah dengan mengembangkan program Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkessos) yang berbasis *managed care* yang dimulai pada tahun 2003. Pemerintah merencanakan separuh (50%) penduduk sudah memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan pada tahun 2005.¹

Sebelumnya, konsep *managed care* telah diterapkan di DIY oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia yang dimulai pada tahun 1989 dengan uji coba kapitasi. Sampai sekarang, pelaksanaan konsep ini belum berjalan dengan baik. Hal ini ditandai dengan masih ditemukannya perilaku Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang tidak mendukung konsep *managed care*, diantaranya pemberian rujukan yang tidak atas dasar indikasi medis. Masih ditemui PPK Tingkat I memberikan rujukan atas permintaan peserta, padahal kasus tersebut seharusnya belum memerlukan rujukan. Peristiwa lain dalam kasus rujukan yang pernah terjadi adalah PPK Tingkat I harus memberikan surat rujukan hanya karena peserta merupakan teman atau kerabat spesialis yang telah terlebih dahulu melakukan pemeriksaan lanjutan tanpa pengantar rujukan dari puskesmas. Padahal kasus tersebut bukan merupakan kasus emergensi dan masih dapat ditangani oleh Puskesmas. Ketika akan mengambil obat dan urusan administrasi selanjutnya, peserta diharuskan menyerahkan surat rujukan. Kondisi ini menyebabkan peserta memaksa Puskesmas untuk memberikan surat rujukan. Hal ini menunjukkan PPK tidak dapat menjalankan perannya sebagai pengendali utama dalam memberikan pelayanan. Selain itu, rujukan yang tidak perlu dapat merugikan PPK Tingkat I, karena semakin banyak merujuk, biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat dan akan berdampak pada kerugian finansial bagi PPK.

Kasus lain yang tidak mendukung program *managed care* adalah penggunaan obat yang tidak rasional. Sebagai gambaran, beberapa kasus yang terjadi baik pada PPK Tingkat I

maupun PPK tingkat lanjutan. Pemberian obat sering tidak mengikuti standar terapi (misalnya memberikan peresepan obat berlebihan), sehingga persediaan obat habis sebelum waktunya. Akibatnya, tak jarang dijumpai peserta harus membeli sendiri obat yang seharusnya termasuk dalam paket pelayanan peserta PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

Kasus-kasus yang telah diungkapkan menunjukkan bahwa hal ini terjadi kemungkinan disebabkan PPK belum memahami konsep *managed care*. Informasi tentang konsep *managed care* belum diberikan oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia kepada PPK secara optimal. Sebagai contoh, PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia tidak memberikan informasi tentang kajian pemanfaatan pelayanan yang telah dilakukan. Jika PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia memberikan informasi mengenai hal ini, maka secara tidak langsung akan terjadi proses pemberian informasi (pembelajaran) bagi PPK mengenai cara-cara untuk mengendalikan biaya.

Belajar dari pengalaman PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, maka kesuksesan program Jamkessos tidak terlepas dari pengetahuan dan sikap PPK yang merupakan salahsatu pelaku utama Jamkessos. Belum ada gambaran mengenai pengetahuan dan sikap PPK di DIY terhadap konsep *managed care*. Hal ini dapat menjadi kendala jika pemerintah DIY akan menerapkan konsep serupa dalam program Jamkessos.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pengetahuan dan sikap PPK Tingkat I terhadap konsep *managed care* di DIY, serta mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap PPK terhadap konsep *managed care*.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional* untuk mendapatkan gambaran tentang pengetahuan dan sikap PPK Tingkat I terhadap terhadap konsep *managed care* dan

mencari hubungan variabel independen dan variabel dependen.

Unit penelitian adalah PPK Tingkat I dengan subjek penelitian tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan langsung dan bekerja di Puskesmas dan klinik dokter keluarga meliputi kepala Puskesmas, dokter umum, dokter gigi, bidan dan perawat. Adapun kriteria subjek penelitian adalah:

1. Masih dalam status kontrak kerja sama dengan lembaga asuransi kesehatan atau Bapel JPKM sebagai PPK;
2. Masih aktif memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta lembaga asuransi kesehatan atau Bapel JPKM.

Sampel ditetapkan secara *stratified random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner terhadap 150 responden, yang terdiri dari 125 orang tenaga Puskesmas dan 25 dokter keluarga di lima kabupaten atau kota propinsi DIY (Yogyakarta, Bantul, Kulon Progo, Gunung Kidul dan Sleman). Wawancara mendalam dilakukan terhadap beberapa responden untuk melengkapi hasil kuesioner.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Dari 150 kuesioner yang disebarkan, yang dapat diolah berjumlah 149, satu responden dikeluarkan karena tidak memenuhi syarat sebagai subjek penelitian. Responden merupakan tenaga yang bekerja di Puskesmas (83,2%) dan bekerja di klinik swasta 16,8%, berpendidikan setingkat SMA-D3 (37,6%) dan berpendidikan S1 ke atas (62,4%), berprofesi sebagai tenaga paramedis (38,3%), tenaga medis (61,7%). Sebagian besar menyatakan pernah memperoleh informasi tentang asuransi kesehatan sosial atau JPKM (73,8%).

2. Pengetahuan PPK tentang Konsep *Managed Care*

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh responden (57%) mempunyai pengetahuan yang baik tentang konsep *managed care*. Adanya pemahaman yang baik

ini tidak terlepas dari kegiatan pendidikan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan, lembaga asuransi kesehatan dan lembaga pendidikan.

a. Pengetahuan tentang pengendalian biaya

1) Prinsip risiko

Sebagian besar PPK sudah memahami prinsip risiko dalam konsep *managed care* yang mencakup hukum bilangan besar dalam asuransi kesehatan dan peluang sakit peserta berdasarkan usia. Prinsip risiko ini perlu dipahami karena erat hubungannya dengan kerja sama yang dilakukan dengan Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan (Bapel Askes). Jika PPK mengetahui sebaran demografi peserta yang menjadi tanggungannya, maka PPK dapat membuat program kerja yang sesuai dengan risiko yang ditanggungnya.

2) Mekanisme pembayaran

Secara umum PPK mengetahui mekanisme pembayaran yang diterapkan dalam *managed care*, namun hanya 21,5% yang memahami bahwa pembayaran dengan sistem kapitasi mengikutsertakan PPK menanggung risiko kerugian. Hasil ini didukung oleh temuan Sani, dkk² yang menyatakan bahwa 72,2% PPK di Sumatera Barat belum pernah mendengar konsep berbagi risiko dan keuntungan.

Kurangnya pemahaman tentang hal ini disebabkan oleh pengalaman PPK dalam bekerja sama dengan PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia yang kapitasinya ditetapkan secara sepihak, berdasarkan Surat Keputusan Bersama (SKB) Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri (tidak menyertakan PPK). Besaran kapitasi dinilai terlalu kecil oleh PPK dan dibayar tidak tepat waktu. Chotimah dan Kusnanto³ mengungkapkan bahwa walaupun jumlah kunjungan pasien PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia jauh lebih besar dari pasien umum, rata-rata penerimaan PPK dari kapitasi lebih kecil. Keputusan yang tidak melibatkan PPK dalam

menentukan besaran kapitasi, akan menyebabkan PPK meremehkan keputusan tersebut. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Robbins⁴ yang menyatakan bahwa manajemen partisipatif akan meningkatkan komitmen dalam bekerja.

3) Bagi hasil

Pengetahuan PPK tentang bagi hasil masih rendah. Hal ini disebabkan pembagian sisa dana oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan tidak disertai dengan penjelasan yang rinci kepada PPK, seperti yang terungkap dalam wawancara.

"Pokoknya setiap akhir tahun kami dibagikan SHU. Nda' tahu itu sisa hasil usaha yang mana... kadang berupa uang, tapi pernah juga berupa obat yang terkadang kami tidak tahu apakah obat ini berguna atau tidak" (Dokter Puskesmas)

"Askes nda' bisa ngasih penjelasan kita habisnya dimana? Pada akhir tahun nda' pernah ada sisa dana" (Dokter Puskesmas)

Hanya 55% yang memahami bahwa dalam pembayaran secara kapitasi, PPK tidak akan dikenakan sanksi dengan memotong kapitasi bulan berikutnya jika tidak dapat mengendalikan pelayanan. Sistem kapitasi tidak mengenal adanya sanksi apabila PPK tidak dapat mengendalikan pelayanan.⁵ Kerugian finansial akan ditanggung oleh PPK jika tidak dapat mengelola pelayanan secara efisien.

4) Rujukan

Sistem rujukan dalam konsep *managed care* dipahami dengan baik oleh PPK. Tingginya pengetahuan tentang hal ini disebabkan responden sudah terbiasa dengan sistem rujukan yang ditetapkan oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dengan sistem kapitasi total yang telah diterapkan sejak tahun 1989. Penelitian yang dilakukan PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia pada tahun 1994, menunjukkan bahwa upaya pengendalian pelayanan (rujukan, *length of stay*) lebih

berhasil di daerah yang menerapkan sistem kapitasi total.⁶

b. Pengetahuan tentang mutu pelayanan

1) Standar Pelayanan

Sebagian besar responden dapat menjawab pertanyaan mengenai pelayanan kesehatan yang diterapkan dalam konsep *managed care* (yang meliputi pelayanan paripurna dan pengobatan rasional). Pada penelitian ini tidak diperoleh gambaran secara jelas apakah responden memahami maksud pelayanan paripurna dan pengobatan yang rasional. Meskipun demikian, diperoleh gambaran responden mengetahui bahwa dalam memberikan pelayanan, harus didasarkan kebutuhan pasien dan mengikuti standar pelayanan yang ditetapkan Bapel.

Sejak tahun 1987 PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia memberlakukan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) bagi peserta PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Tujuannya adalah membantu PPK dalam memberi pengobatan yang rasional. Menurut Retnohastuti⁷, walaupun tingkat kesediaan para dokter menulis resep obat DPHO dinilai cukup baik, hal ini masih perlu ditingkatkan lagi. Oleh karena itu sosialisasi tentang obat DPHO perlu dilakukan lebih intensif.

2) Kajian Pemanfaatan

Sebanyak 87,2% PPK mengetahui bahwa kajian pemanfaatan dilakukan untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan. Walaupun instrumen penelitian ini tidak menggali lebih jauh pemahaman PPK tentang kajian pemanfaatan, namun dapat diperoleh informasi bahwa PPK memahami salah satu proses dalam kajian pemanfaatan. Lebih dari 90% menyatakan bahwa PPK harus memberikan laporan kepada Bapel atas pelayanan yang telah diberikan.

Hanya 59,1% yang mengetahui bahwa kajian pemanfaatan merupakan kegiatan yang harus dilakukan Bapel. Hal ini disebabkan proses kajian pemanfaatan yang dilakukan PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia tidak melibatkan PPK, sehingga PPK tidak menge-

tahui bahwa PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia telah melakukan kegiatan ini.

3) Penanganan Keluhan

Lebih dari 80% responden mengetahui bahwa penanganan keluhan merupakan salah satu ciri penyelenggaraan *managed care* dan PPK harus terlibat dalam penanganan keluhan. Menangani keluhan peserta bukan sesuatu yang baru bagi PPK, karena kegiatan ini tidak dapat dipisahkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Satu hal penting yang perlu menjadi perhatian adalah meskipun sebagian besar responden menguasai konsep *managed care*, namun sedikit sekali responden yang memahami bahwa dalam konsep ini PPK ikutsertakan dalam menanggung risiko kerugian. Padahal pemahaman tentang hal ini merupakan kunci dari pelaksanaan *managed care*. Pengendalian biaya dan mutu pelayanan yang terjaga tidak dapat terwujud jika PPK tidak mengetahui hal ini.

3. Sikap PPK terhadap Konsep *Managed Care*

Secara umum, responden mempunyai sikap yang mendukung konsep *managed care* (78,5%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Mukti⁸ yang mengungkapkan bahwa mayoritas PPK di DIY (67%) menyatakan siap melaksanakan konsep *managed care* dan dibayar dengan kapitasi.

a. Sikap terhadap Kerja sama

Hanya 40,9% PPK yang setuju bahwa kerja sama dengan lembaga asuransi kesehatan menguntungkan PPK, karena PPK mempunyai pasien tetap dan ada rasa bangga tersendiri bekerja sama sebagai PPK lembaga asuransi. Hasil ini sesuai dengan temuan Chotimah dan Kusnanto³ yang menyatakan bahwa rata-rata jumlah pasien Askes yang ditangani dokter keluarga jauh lebih besar dibanding rata-rata pasien umum. Adanya rasa bangga menjadi PPK merupakan modal PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia untuk

meningkatkan pembinaan kepada PPK dalam rangka meningkatkan kinerja. Hasil penelitian Lindkvist *cit. Llewellyn*⁹ menunjukkan bahwa pemberian insentif yang memadai dan rasa bangga terhadap pekerjaan dapat meningkatkan kinerja.

Pendapat PPK yang menyatakan kerjasama ini merugikan, disebabkan oleh tidak dilibatkannya PPK dalam proses perjanjian kerjasama. Kerjasama ini dilakukan secara kolektif diwakili oleh pemerintah daerah (wali kota atau bupati). Menurut PPK, hal ini sangat merugikan karena meletakkan PPK dalam posisi yang lemah. Puskesmas ingin dilibatkan dalam kerjasama ini, termasuk dalam penentuan besaran kapitasi yang selama ini ditetapkan berdasarkan SKB Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri. Penerapan program Jamkessos di DIY hendaknya memperhatikan hal ini, karena partisipasi dalam proses pembuatan dan implementasi sebuah keputusan, yang kemudian keputusan berjalan dengan baik, akan membantu terpenuhinya kebutuhan karyawan untuk bertanggung jawab dan berhasil dalam menjalankan tugasnya^{4,10}. Carey¹¹ menyatakan bahwa penandatanganan kontrak kerjasama dengan melibatkan PPK, membangun kepercayaan dengan para pimpinan PPK serta adanya kesediaan berbagi informasi akan menjamin suksesnya pelaksanaan *managed care*.

b. Sikap terhadap Pengendalian Biaya

1) Mekanisme Pembayaran

Walaupun 63,8% setuju bahwa pembayaran secara kapitasi mendatangkan penghasilan yang tetap, namun 60,4% PPK menyatakan pembayaran secara kapitasi merupakan cara pembayaran yang tidak adil, karena besaran kapitasi ditetapkan berdasarkan SKB Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri yang tidak mempunyai dasar yang jelas. Di samping itu, besaran kapitasi dinilai terlalu kecil. Tercapainya fungsi PPK sebagai *gate keeper* dengan kualitas pelayanan yang terjamin dan tepat, harus disertai dengan kompensasi yang memadai disertai bonus untuk PPK.¹²

2) Rujukan

Secara umum, PPK setuju dengan adanya mekanisme rujukan karena membantu PPK dalam melayani pasien. Akan tetapi, mekanisme ini kurang dilaksanakan oleh PPK tingkat lanjut (dokter spesialis dan rumah sakit). PPK tingkat lanjut tidak memberikan jawaban rujukan, sehingga fungsi dari adanya mekanisme rujukan kurang tercapai. Selain itu PPK tidak dapat mencocokkan data rujukan di PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Kondisi ini menyebabkan proses pembelajaran tidak berjalan, karena mekanisme rujukan yang telah ditetapkan tidak sesuai dengan pelaksanaan di lapangan. Hal ini akan membentuk sikap yang negatif terhadap rujukan yang pada akhirnya berdampak pada perilaku tidak adanya kontrol rujukan dari PPK. Menurut teori, pengalaman dapat membentuk sikap^{10,13}, dan sikap akan mempengaruhi perilaku kerja.^{4,14} Kecenderungan untuk tidak melakukan kontrol rujukan, tersirat dari pendapat salah satu responden.

“Askes nda’ bisa ngasih penjelasan berapa besarnya biaya rujukan yang telah kita habiskan. Pada akhir tahun nda’ pernah ada sisa dana. Teman-teman Puskesmas itu bilang, ya.. mau rujukan, rujuk saja. Kita nda’ ikut tanggung jawab kalau rujukannya terlalu banyak” (dokter puskesmas)

c. Mutu Pelayanan

1) Standar Pelayanan

Pada umumnya responden setuju dengan kewajiban memberikan pelayanan paripurna. Pelayanan paripurna pada konsep *managed care* meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kewajiban PPK untuk melakukan upaya promotif dan preventif kepada peserta dimaksudkan agar kesehatan peserta dapat terjaga, sehingga kunjungan pasien ke PPK karena kesehatannya terganggu menjadi berkurang. Pada akhirnya hal ini dapat menekan pengeluaran pada upaya kuratif (yang cenderung menghabiskan biaya yang paling banyak). Meskipun responden menyatakan obat DPHO kurang memenuhi kebutuhan,

namun responden tidak setuju jika dikatakan pola pengobatan yang rasional membatasi gerak PPK dalam mengobati pasien.

2) Kajian Pemanfaatan

Pada umumnya responden tidak keberatan dengan adanya kewajiban memberikan laporan pelayanan kepada bapel asuransi kesehatan. Walaupun tidak diperoleh informasi apakah responden sudah memahami apa yang dimaksud dengan kajian pemanfaatan, namun hasil ini sudah dapat mengindikasikan dukungan PPK terhadap kegiatan kajian pemanfaatan. Responden setuju bahwa kajian pemanfaatan dilakukan untuk menjaga mutu pelayanan (86,6%). Dukungan ini tampak pada pernyataan responden pada saat wawancara.

“Pertemuan evaluasi ada, tapi tidak rutin. Tapi yang dibahas terutama untuk kepentingan mereka sendiri, hanya mengenai nilai kapitasi, bukan membahas kepentingan pasien... misalnya saja kepuasan pasien.. nda’ pernah itu.. mestinya kan ada, ya?” (dokter Puskesmas)

3) Penanganan Keluhan

Penanganan keluhan merupakan salah satu pelayanan dalam *managed care* yang bertujuan meningkatkan kepuasan peserta. Meskipun PPK setuju untuk terlibat dalam hal ini, PPK menyatakan bahwa kewajiban menangani keluhan memerlukan keterlibatan bapel. Selama ini ada anggapan dari peserta bahwa puskesmas identik dengan PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, sehingga tak jarang puskesmas menjadi sasaran kejengkelan peserta jika terdapat masalah administrasi pelayanan. Keluhan peserta yang umum dijumpai adalah mengenai rujukan dan penggunaan pelayanan oleh peserta yang berasal dari luar wilayah tanggungan PPK.

4) Penghargaan

Secara umum, PPK mempunyai sikap yang negatif terhadap penghargaan dalam pelaksanaan konsep *managed care*. Hal ini terkait dengan mekanisme bagi hasil yang

dilakukan oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Lebih dari 80% setuju bahwa sistem bagi hasil yang diterapkan oleh bapel belum adil dan tidak jelas perhitungannya. Pembagian SHU pada setiap akhir tahun tidak disertai dengan penjelasan yang rinci dari PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Mayoritas PPK (85,9%) setuju jika PPK mendapatkan bonus di luar kapitasi jika dapat mengendalikan pelayanan.

4. Hubungan Karakteristik PPK dengan Pengetahuan

Tabel 1. menyajikan hasil uji *chi square* yang digunakan untuk melihat perbedaan pengetahuan berdasarkan karakteristik PPK menunjukkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan dengan jenis PPK ($p=0,011$), profesi ($p=0,004$) dan pendidikan ($p=0,007$). Hubungan ini cukup lemah yang ditandai dengan nilai koefisien kontingensi di bawah 0,5 (jenis PPK=0,204, profesi=0,231 dan pendidikan=0,217). Perbedaan pengetahuan pada responden yang bekerja di Puskesmas dan klinik swasta disebabkan oleh karakteristik responden yang berbeda. Responden yang bekerja di Puskesmas terdiri atas berbagai macam profesi (medis dan paramedis), sedangkan responden yang bekerja di klinik swasta merupakan tenaga medis saja. Tentu

saja pengetahuan tentang konsep *managed care* lebih banyak dimiliki oleh responden yang bekerja di klinik swasta, karena pengalaman tenaga medis yang lebih banyak berinteraksi dengan lembaga asuransi kesehatan dibanding tenaga paramedis. Selain itu pelatihan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan konsep *managed care* lebih banyak ditujukan kepada tenaga medis dibanding paramedis. Penjelasan ini juga dapat menjelaskan adanya perbedaan pengetahuan berdasarkan profesi dan pendidikan responden. Responden yang berprofesi sebagai tenaga medis minimal telah menempuh pendidikan sarjana (S1). Tidak demikian halnya dengan tenaga medis yang rata-rata mempunyai pendidikan maksimal setingkat diploma (D3). Mereka yang mempunyai pendidikan formal yang tinggi mempunyai pemahaman yang lebih baik. Sikap ingin tahu terhadap sesuatu yang baru juga tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian Razin, dkk¹⁵ yang menyatakan terdapat hubungan antara skor pengetahuan dan taraf pendidikan formal.

Pengalaman memperoleh pelatihan tidak menunjukkan adanya hubungan dengan pengetahuan ($p=0,926$). Dapat dikatakan bahwa informasi yang diberikan melalui pelatihan tidak memberikan hasil yang sama pada tiap individu. Pelatihan yang diberikan

Tabel 1. Hubungan Karakteristik PPK dengan Pengetahuan tentang Konsep *Managed Care*

No.	Karakteristik	Pengetahuan (n = 149)		χ^2	p	Koefisien Kontingensi
		Kurang	Baik			
1.	Jenis PPK					
	• Puskesmas	59 (47,6%)	65 (52,4%)	6,459	0,011	0,204
	• Klinik Swasta	5 (20,0%)	20 (80,0%)			
2.	Profesi					
	• Paramedis	33 (57,9%)	24 (42,1%)	8,411	0,004	0,231
	• Medis	31 (33,7%)	61 (66,3%)			
3.	Pendidikan					
	• SMA-D3	32 (57,1%)	24 (42,9%)	7,373	0,007	0,217
	• S1-S2	32 (34,4%)	61 (65,6%)			
4.	Pernah memperoleh pelatihan askesos					
	• Tidak	17 (43,6%)	22 (56,4%)	0,009	0,926	0,008
	• Ya	47 (42,7%)	63 (57,3%)			

harus dievaluasi efektivitasnya terhadap peningkatan pengetahuan. Penyebab lain dari tidak adanya perbedaan pengetahuan ini adalah adanya kesediaan PPK yang mendapatkan kesempatan mengikuti pelatihan untuk membagi pengetahuan yang diperoleh kepada sejawatnya, seperti yang terungkap dalam wawancara..

“Pokoknya, kalau tenaga kami mengikuti pelatihan atau semacamnya, maka dia harus menyebarkan informasi yang diterima.. ya... semacam diseminasi informasilah” (dokter puskesmas)

5. Hubungan Karakteristik PPK dengan Sikap

Hasil uji *chi square* yang dimaksudkan untuk menguji perbedaan sikap berdasarkan karakteristik PPK menunjukkan nilai $p=0,160$ untuk jenis PPK, $p=0,921$ untuk profesi, $p=0,626$ untuk pendidikan, $p=0,003$ untuk pengalaman responden mendapatkan pelatihan asuransi kesehatan sosial atau JPKM, dan $p=0,190$ untuk pengetahuan (Tabel 2).

Hal ini berarti tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada sikap PPK berdasarkan jenis PPK, profesi, pendidikan dan pengetahuan tentang *managed care*. Terdapat perbedaan yang bermakna pada sikap berdasarkan pengalaman PPK memperoleh pelatihan mengenai asuransi kesehatan atau JPKM, namun perbedaan tersebut cukup lemah (nilai koefisien kontingensi=0,239).

Hasil uji yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan sikap antara PPK yang bekerja di puskesmas dan klinik swasta (dokter keluarga) disebabkan oleh karakteristik subjek penelitian yang hampir sama. Sebagian besar (sekitar 70%) dokter keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini merupakan dokter yang bertugas di Puskesmas, sehingga respon yang diberikan relatif sama.

Tenaga medis dan para medis mempunyai sikap yang tidak berbeda karena kedua kelompok ini mempunyai pengalaman yang sama dalam bekerja sama dengan lembaga asuransi kesehatan. Sebab lainnya adalah kedua kelompok ini berasal dari organisasi

Tabel 2. Hubungan Karakteristik PPK dengan Sikap Terhadap Konsep *Managed Care*

No	Karakteristik	Sikap (n = 149)		χ^2	p	Koefisien Kontingensi
		Tidak mendukung	Mendukung			
1.	Jenis PPK					
	• Puskesmas	24 (19,4%)	100 (80,6%)	1,973	0,160	0,114
	• Klinik Swasta	8 (32,0%)	17 (68,0%)			
2.	Profesi					
	• Paramedis	12 (21,1%)	45 (78,9%)	0,010	0,921	0,008
	• Medis	20 (21,7%)	72 (78,3%)			
3.	Pendidikan					
	• SMA-D3	11 (19,6%)	45 (80,4%)	0,179	0,627	0,035
	• S1-S2	21 (22,6%)	72 (77,4%)			
4.	Pernah memperoleh pelatihan askessos					
	• Tidak	15 (38,5%)	24 (61,5%)	9,037	0,003	0,239
	• Ya	17 (15,5%)	93 (84,5%)			
5.	Pengetahuan					
	• Kurang	17 (26,6%)	47 (73,4%)	1,721	0,190	0,107
	• Baik	15 (17,6%)	70 (82,4%)			

yang sama (Puskesmas). Kecenderungan untuk memberikan pendapat yang sama dapat terjadi karena adanya rasa kesetiaan kepada pimpinan, sesuai dengan teori yang diungkapkan Muchlas¹⁰ dan Azwar¹³ bahwa asosiasi dan pengaruh orang lain yang dianggap penting dapat membentuk sikap.

Tidak terdapatnya perbedaan sikap antara PPK berdasarkan tingkat pendidikan disebabkan oleh pendidikan mengenai konsep *managed care* belum termasuk di dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan. Konsep *managed care* merupakan suatu pengetahuan yang baru, sehingga responden belum dapat memahami dengan baik konsep ini.

Walaupun mempunyai hubungan yang lemah, pengalaman memperoleh informasi asuransi kesehatan sosial atau JPKM melalui pelatihan mempunyai pengaruh terhadap sikap PPK. Hal ini berarti, pemberian informasi melalui pelatihan akan meningkatkan sikap PPK terhadap konsep *managed care*.

Pengetahuan tidak mempengaruhi sikap PPK terhadap konsep *managed care*. Pada penelitian ini, jumlah PPK yang mempunyai sikap yang mendukung konsep *managed care* lebih banyak dibanding dengan jumlah PPK yang memahami konsep ini dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki tidak mempengaruhi sikap. Adanya sikap yang mendukung ini disebabkan oleh hal lain yang tidak termasuk dalam karakteristik penelitian ini.

Kesimpulan

1. Sebanyak 57% PPK mempunyai pengetahuan yang baik tentang konsep *managed care*, namun PPK belum memahami bahwa dalam penerapan konsep ini PPK ikut menanggung risiko keuangan.
2. Terdapat perbedaan pengetahuan tentang konsep *managed care* antara PPK berdasarkan jenis PPK, profesi dan pendidikan.
3. Sebesar 78,5% PPK mendukung konsep *managed care*, namun keputusan yang akan ditetapkan dalam penerapan konsep ini harus mengikutsertakan PPK.

4. Terdapat perbedaan sikap PPK terhadap konsep *managed care* dengan pengalaman memperoleh pelatihan tentang asuransi kesehatan atau JPKM.

Saran

1. Perlu diberikan tambahan informasi kepada PPK mengenai pengendalian biaya dalam konsep *managed care*. Hal ini dapat dilakukan dalam bentuk seminar, pelatihan atau menerbitkan buku yang diberikan kepada PPK.
2. PPK perlu dilibatkan dalam pelaksanaan program Jamkessos mulai dari awal kegiatan, khususnya penetapan kapitasi dan benefit pelayanan.
3. Bapel perlu melakukan sosialisasi dan melibatkan PPK dalam melakukan kajian pemanfaatan.
4. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan karakteristik dokter spesialis dan lama bekerja sebagai PPK lembaga asuransi kesehatan.

KEPUSTAKAAN

1. Dinkes Prop. DIY. Rencana Kegiatan Provincial Health Project DIY. Author, Yogyakarta, 2001.
2. Sani, S. H., Prawitasari, J. E., Mukti, A. G. Evaluasi Penerapan Konsep Managed Care dalam Program PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia Kantor Cabang Sumatera Barat. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 1998;01(03), 121-31.
3. Chotimah, N., Kusnanto, H. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja dan Motivasi Dokter Keluarga PT. Askes di Kotamadya Malang, Madiun dan Kediri Propinsi Jawa Timur. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2000; 03(04):171-85.
4. Robbins, S. P., Perilaku Organisasi: konsep, kontroversi, aplikasi. Jilid 1. Edisi Kedelapan. Versi Bahasa Indonesia. Prenhallindo, Jakarta, 2001.
5. Noor, G. R., Kapitasi dalam Program JPKM. Dalam Thabrany, H., Hidayat, B. (Editor). Pembayaran Kapitasi, Asuransi Kesehatan, JPKM, Managed Care. Cetakan Pertama. FKM UI, Depok, 1998.

6. Sulastomo. Asuransi Kesehatan Indonesia. Dalam Thabrany, H., Hidayat, B. (Editor). Pembayaran Kapitasi, Asuransi Kesehatan, JPKM, Managed Care. Cetakan Pertama. FKM UI, Depok. 1998.
7. Retnohastuti. Pengalaman dan Evaluasi P.T. Askes Indonesia dalam Penggunaan Obat DPHO. Makalah pada Seminar Sehari Strategi Pemilihan Obat: Tinjauan Farmako-Ekonomik dalam Kerangka Sistem Managed Care, Yogyakarta, 2002.
8. Mukti, A. G., Evaluation of Social Safety Net Program from Perspective of Health Providers in Yogyakarta Province. Indonesian Journal of Clinical Epidemiology & Biostatistic, 2001;7(3):1-7.
9. Llewellyn, S., Financial and Professional Incentives in Health Care: Comparing The UK and Canadian Experiences. The International Journal of Public Sector Management, 1999;12(7):6-16.
10. Muchlas, M. Perilaku Organisasi 1. Program Pendidikan Pascasarjana Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM, Yogyakarta, 1999.
11. Carey, K. P. Transitioning A Provider Community from Fee-for-service to Managed Care. Journal of Health Care Management. 2001; 46:3, 203-29.
12. Hasan, M. K., Mooney, D. P., Mooney, R. P. Managed Care and Health Reform: A Practical Approach. JIMA, 1999; 31: 5-9.
13. Azwar, S. Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya. Edisi ke dua. Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 1998.
14. Siagian, S. P. Teori Motivasi dan Aplikasinya. Rineka Cipta, Jakarta, 1999.
15. Razin, W.M., Hamid, A., Sharudin, M. H., Razip, M., Ali, M. Kajian mengenai Pengetahuan dan Sikap terhadap AIDS dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya ke Atas Penduduk Kampung Batu 23, Sungai Nibong, Sabak Bernam pada Bulan Oktober 1995. Diakses dari URL: <http://www.comhlth.medic.ukm.my/penerbitan/buletin/97/qids.html>